



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Enfermería

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Investigación

“ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LAS MUJERES DURANTE EL PUERPERIO”

Autora: Nerea Martín Cornejo

Tutor: Ángel Luis Montejo González

Salamanca, 11 de Mayo de 2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer al profesor Ángel Luis Montejo González por haber tutorizado y enfocado este trabajo, además de guiarme en la creación del cuestionario.

Gracias también a Nerea González García del departamento de Estadística por su colaboración en este estudio.

Agradecer también la participación de las matronas de Salamanca que me recibieron encantadas y ayudaron a localizar más madres, además de darme sus puntos de vista sobre el tema.

Cómo no, agradecer a todas las mujeres que han dedicado un rato de su tiempo en la realización de este cuestionario y que encantadas me pusieron en contacto con más madres que conocían.

Y, por último, pero no por ello menos importante, gracias a mi familia y amigos por apoyarme y animarme en todo momento. Además de ir difundiendo el cuestionario y encontrar a madres que dieron a luz en el último año en la provincia de Salamanca, algo que no era tarea fácil.

Ha sido más difícil de lo que esperaba realizar este trabajo por todos los impedimentos que han ido apareciendo dada esta complicada situación que estamos viviendo, aún así gracias a todas las personas que he nombrado anteriormente he conseguido llevar a cabo esta investigación.

ÍNDICE

1.- RESUMEN	3
2.- INTRODUCCIÓN.....	5
2.1.- PUERPERIO	5
2.2.- TRASTORNOS PSÍQUICOS EN EL PUERPERIO	7
2.2.1.- Trastorno por estrés postraumático	7
2.2.2.- Estado de melancolía (maternity blues)	7
2.2.3.- Depresión posparto.....	8
2.2.4.- Psicosis puerperales.....	8
2.3.- ESTUDIOS CONTRASTADOS	9
3.- OBJETIVOS.....	10
4.- MATERIAL Y MÉTODO	11
4.1.- TIPO DE ESTUDIO	11
4.2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	12
4.3.- VARIABLE PRINCIPAL	12
4.4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	13
5.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	14
5.1.- DATOS DEMOGRÁFICOS	14
5.2.- RESULTADOS DEL ESTUDIO	15
5.2.1.- Primera relación: ¿Influye tener problemas físicos en sentirse peor después del parto?	15

5.2.2.- Segunda relación: ¿Si tienes problemas mentales es más probable que te sientes mal después del parto?	16
5.2.3.- Tercera relación: ¿Existe conexión entre sentirse bien informada y acompañada y las consultas puerperales?.....	16
5.2.4.- Cuarta relación: ¿Hay correspondencia entre la importancia dada a la salud mental por las madres y la dada por las matronas?.....	18
6.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	19
6.1.- PROPUESTAS	21
7.- BIBLIOGRAFÍA.....	22
8.- ANEXO.....	25
8.1.- ANEXO I: TEST DE EDIMBURGO	25
8.2.- ANEXO II: CUESTIONARIO.....	26
8.3.- ANEXO 3.-Tabla 2: Problemas físicos / sentirse mal después del parto.....	28
8.4.- ANEXO 4.- Tabla 3: Relación entre sentirse informada, acompañada e información de la depresión	29
8.5.- ANEXO 5.- Tabla 4: Relación entre preguntas 6 y 9	31
8.6.- ANEXO 6.- Tabla 5: Relación entre importancia dada a la salud mental por las madres y por las matronas.....	32

1.- RESUMEN

Introducción: Durante el puerperio se produce una caída brusca de hormonas, lo que facilita una mayor inestabilidad emocional con predisposición a desarrollar problemas mentales.

Objetivos: Este trabajo de investigación pretende analizar el grado de satisfacción en el ámbito emocional que presentan las mujeres después de dar a luz, relacionados con la asistencia en los aspectos emocionales que han recibido durante el puerperio.

Metodología: Se elaboró un cuestionario distribuido a mujeres que han dado a luz en un plazo menor de un año con el fin de obtener información de su situación emocional y de la atención que han recibido en el puerperio.

Resultados: Existió una relación directa ya que cuanto más información recibían las mujeres de la matrona, mejor se sentían después del parto. Las mujeres de la encuesta no recibieron ninguna prueba para la detección precoz de patología depresiva o emocional.

Las mujeres que más informadas y acompañadas se han sentido son las que más apoyo emocional y afectivo han recibido por parte de los profesionales sanitarios.

La mayoría de las mujeres que no le daban importancia a su salud mental refieren que su matrona tampoco se la dio.

Conclusiones: La mayoría considera que los profesionales sanitarios no han mostrado interés acerca de sus emociones y que sería necesaria una evaluación de apoyo emocional. Este trabajo se toma como propuesta para solventar déficits e implementar rutinariamente la detección precoz de problemas mentales en esta población.

Palabras clave: Puerperio, salud mental, matronas, trastornos psíquicos en puerperio y depresión posparto.

ABSTRACT

Introduction: During the puerperium there is a sudden drop in hormones, which facilitates greater emotional instability with a predisposition to develop mental problems.

Objectives: This research work aims to analyze the degree of satisfaction in the emotional field that women present after giving birth, related to the assistance in the

emotional aspects that they have received during the postpartum period.

Methodology: A questionnaire was distributed to women who have given birth in less than a year in order to obtain information on their emotional situation and the care they have received in the puerperium.

Results: There was a direct relationship since the more information the midwife received, the better they felt after giving birth. The women in the survey did not receive any tests for the early detection of depressive or emotional pathology.

The women who have felt most informed and accompanied are the ones who have received most emotional and affective support from health professionals.

Most of the women who did not give importance to their mental health report that their midwife did not give it either.

Conclusions: Most believe that healthcare professionals have shown no interest in their emotions and that an emotional support assessment would be necessary. This work is taken as a proposal to solve deficits and routinely implement the early detection of mental problems in this population.

Key words: Puerperium, mental health, midwives, mental disorders in the puerperium and postpartum depression.

2.- INTRODUCCIÓN

En el momento del embarazo se producen una serie de cambios tanto físicos como psicológicos (1). Todos ellos deben ser valorados y tratados por un especialista, este caso se centrará en la atención recibida por parte de las matronas.

Durante el postparto tiene lugar una caída brusca de los niveles hormonales de estrógeno y progesterona, esto puede desembocar en distintas patologías mentales (2). Si añadimos situaciones con una alta probabilidad de aparición como: un parto traumático, trastornos mentales previos, difícil adaptación del bebé a la vida (llora mucho, no come, tiene cólicos, no duerme cuando se espera...), dolor durante la lactancia o imposibilidad de llevar ésta a cabo, etc. Es más probable que aparezcan problemas mentales como la depresión postparto y los trastornos psicóticos.

2.1.- PUERPERIO

Es el período que abarca desde el final del parto hasta la total recuperación de los cambios, tanto locales o genitales como generales, que experimenta la mujer durante el embarazo. Su duración es de unos 35-40 días (6 semanas) (3).

Este periodo se divide en varias etapas como se describe a continuación:

- Puerperio inmediato (primeras 24 horas) también conocido como la “fase de posesión” en la cual hay una gran dependencia. El bebé debe pasar tiempo con su madre para el desarrollo del vínculo afectivo. Aún así en estas 24 horas es necesario que descanse y sea cuidada por el personal sanitario para recuperar toda la energía física y psicológica necesaria para asumir el parto y empezar a cuidar del bebé.

En este periodo es donde se comienza con la lactancia materna que ayudará a fortalecer el vínculo madre-hijo (4).

- Puerperio mediato (desde el segundo día hasta el décimo): la mujer suele estar ingresada 4 días en el hospital, es un proceso continuo al anterior. La madre suele tener más energía para cuidar del niño, comienza pues la fase de adaptación y apoyo a la mujer en su nueva situación. Se debe reforzar la lactancia materna, ofrecer apoyo emocional, prevenir y detectar la aparición de posibles alteraciones y favorecer la autoconfianza de la madre (5).

A los 7 días aproximadamente se cita con la matrona de atención primaria para valorar al recién nacido y a la madre (6).

- Puerperio alejado (40-45 días posparto): a los 40 días se realiza la última visita (6). Para valorar el estado anímico de la mujer pueden usarse escalas, la más conocida es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (**EDPP**) (*ver Anexo 1*). El mejor momento para pasarla es a las 8 semanas posparto, ya que coincide con el pico de máxima incidencia (7) (8).

En este periodo, la figura de la matrona es muy importante, ya que es capaz de ayudar tanto a la madre como a la familia, aportándoles toda la información y educación sanitaria necesaria y ofreciendo apoyo y ánimos a la madre. Debe intentar hacer sentir a la mujer que está completamente capacitada para ser madre (9).

Una forma de prevenir trastornos mentales es realizar una entrevista a la madre en la que se pregunte sobre el entorno familiar, su estado emocional, la relación con su pareja... También es posible observar si hay un vínculo afectivo establecido entre la madre y el hijo, si la familia está contenta con este nacimiento, etc. Con todos estos datos es posible detectar la existencia de trastornos mentales en el puerperio.

Los criterios pragmáticos usados para determinar el estado de salud mental de la madre son (9):

- “¿Existen criterios de depresión mayor diagnosticada?
- ¿Hay momentos buenos durante el día?
- ¿Puede la mujer cuidar a su hijo con buen humor en algún momento del día?
- ¿Los trastornos del estado de ánimo (<blues> del puerperio) duran más de 4-6 semanas?
- ¿La madre puede cuidar al bebé o lo ha cedido a otras personas por sentirse incapacitada en su cuidado?”

La atención al estado psicológico de la madre tiene mucha importancia y frecuentemente no se le dedica el tiempo necesario (10).

2.2.- TRASTORNOS PSÍQUICOS EN EL PUERPERIO

2.2.1.- Trastorno por estrés postraumático

“Es un trastorno psiquiátrico que surge como respuesta tardía o diferida a un evento traumático”. En la última actualización del DSM-5 de la American Psychiatric Association, en 2013, estableció 8 criterios diagnósticos. El A habla sobre la “exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: re-experimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo”.

Los síntomas de este trastorno son: irritabilidad, pesadillas, revivir el acontecimiento o evitarlo, cólera... estos síntomas generan incapacidad y desgaste. Debe durar como mínimo un mes para su diagnóstico, si dura menos será un trastorno agudo. Una revisión hecha por “Ayers” en 2004 llega a la conclusión de que hasta el 10% de mujeres desarrollaron un estrés postraumático grave después del parto (10) (11) (12).

2.2.2.- Estado de melancolía (maternity blues)

Más del 50% de las mujeres presentan el “maternity blues”, es lo que se conoce como un constante estado de tristeza y melancolía. La mujer es capaz de pasar del llanto a la risa en cuestión de minutos, pero el lloro vuelve a repetirse al rato. Se irrita constantemente y tiene mucha dificultad para dormir.

La explicación a esto se basa en el descenso de progesterona y estrógeno que se produce tras el parto. Aunque también influyen otros factores como el cambio de vida, el cuidado de un bebé y el agotamiento que todo esto supone.

El maternity blues suele durar pocos días, pero precisa vigilancia, debe existir apoyo psicológico para que no evolucione hacia depresión o psicosis. La mujer debe comprender que es un estadio transitorio que acabará desapareciendo (10).

2.2.3.- *Depresión posparto*

“Es un trastorno mental afectivo **severo**”. Está incluida en el DSM-5 con el nombre de “trastorno depresivo durante el período perinatal” y es una de las principales causas de muerte materna.

Presenta una prevalencia del 10-15% en las primíparas y suele darse sobre las 4-6 semanas del puerperio.

Entre los factores de riesgo podemos encontrar antecedentes de depresión, si en otros embarazos ha desarrollado una depresión la probabilidad de que vuelva a suceder es del 70%, si la mujer tiene melancolía la prevalencia ascenderá al 85%, problemas con su pareja, está estresada por el bebé, si han existido problemas familiares graves en la infancia de la madre, separación con el padre, si el embarazo no es deseado, severidad del “blues” posparto... Es más frecuente antes de los 20 y después de los 30 años (en este orden)

Las mujeres con depresión presentarán insomnio, tristeza vital, cansancio, pérdida de la libido, ideas de suicidio... Mediante los síntomas se diagnosticará entre depresión leve o grave.

El tratamiento requiere apoyo psicológico y farmacológico.

La depresión puede ser reconocida por los profesionales de la salud, una detección precoz puede ayudar en gran medida a estas mujeres. Existe evidencia acerca de que la depresión origina una situación de riesgo para el bebé y la madre (10) (13).

2.2.4.- *Psicosis puerperales*

Su prevalencia es de un 0,2% es raro que ocurra, pero puede darse el caso.

Entre los factores de riesgo se encuentran: trastornos maníacos, esquizofrénicos o depresiones subyacentes. Antecedentes de psicosis y depresión. Antecedentes familiares, etc.

Puede desarrollarse los primeros días tras un puerperio que ha sido normal o incluso aparecer a los seis meses. Puede presentar un cuadro de esquizofrenia o un cuadro depresivo.

Requiere atención psiquiátrica y farmacológica (10) (14).

Tabla 1. Características de los trastornos en el puerperio (10) (11) (12) (13) (14)

	Trastorno de estrés postraumático	Estado de melancolía	Depresión posparto	Psicosis puerperal
Prevalencia	Alrededor de un 10%.	Más del 50%.	10-15% en primíparas. 35,14% en total.	0,2%
Causas	Acontecimiento traumático (parto difícil, rotura de placenta, hemorragia en el postparto...).	Descenso de progesterona y estrógeno tras el parto. Además del cambio de vida, el cuidado de un bebé y el agotamiento de todo esto.	Antecedentes de depresión, problemas en pareja o familiares, embarazo no deseado...	Antecedentes familiares, antecedentes de psicosis o depresión, mastitis, fiebre puerperal, disfunciones tiroideas...
Síntomas	Irritabilidad, pesadillas, revivir el acontecimiento o evitarlo, cólera...	Labilidad emocional, irritabilidad e insomnio.	Insomnio, tristeza vital, cansancio, pérdida de la libido, ideas de suicidio...	Delirios, alucinaciones, paranoias, depresión, manía...
Tratamiento	Psicoterapia y a menudo tratamiento farmacológico.	Apoyo psicológico.	Apoyo psicológico y farmacológico.	Atención psiquiátrica y farmacológica.

2.3.- ESTUDIOS CONTRASTADOS

- Pastor y colaboradores (2009) desvelan que las madres en el posparto tienen muy pocos conocimientos sobre temas de salud, autocuidado y cuidado del bebé. Esto puede dar lugar a que la mujer pase por un período de tristeza, desamparo, depresión, sufrimiento (15)...
- Karl (2006) plantea la intervención de enfermería como la relación enfermera-madre, que es similar a la relación madre-hijo (15).
- Gardner y Deatricks (2006) clasifica en 4 categorías las intervenciones de enfermería: educación, apoyo individual, programas de grupo y contacto madre e hijo (15).
- Según Chávez (2008), distingue la importancia de los grupos posparto como instrumento de apoyo para las madres en el posparto, pues por el simple hecho de ser un espacio de expresión, cambian el estado de ánimo de las mujeres integrantes (16).
- Bejarano (2013) avala que la percepción de la pesadumbre de la enfermedad

materna y neonatal junto al déficit de conocimiento incrementa el temor de las madres, por tanto, un mayor punto de vista educativo puede reducir el riesgo de morbi-mortalidad de la diada y el manejo emocional de las mujeres puérperas (16).

Un grupo de expertos del PAPPs (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) sugiere que en atención primaria se organicen grupos de ayuda psicológica a las embarazadas como método para eludir problemas mayores y que las mujeres se sientan comprendidas. Estos grupos oscilan entre 6 y 20 componentes, la reunión empieza a modo de charla y a partir de ahí cada madre aporta ideas y da su opinión creándose un debate. De este modo las madres pueden sentirse comprendidas y escuchadas, además de ser conscientes de que todas sus preocupaciones son normales y aparecen en casi todas las madres (9).

3.- OBJETIVOS

Objetivo primario:

- Analizar la atención psicológica que reciben las mujeres durante el puerperio en la provincia de Salamanca.

Objetivos secundarios:

- Describir su satisfacción con la atención recibida.
- Describir la percepción de necesidad de más apoyo informativo/emocional.
- Analizar la importancia dada a la salud mental después del parto.
- Describir cómo suelen sentirse emocionalmente después del parto.
- Analizar cuántas madres han recibido pruebas para evaluar su salud mental.
- Encontrar relaciones entre problemas que haya tenido durante el embarazo y estado de salud mental posterior.
- Ver si la atención dada por las matronas en temas de salud mental durante las consultas puerperales es suficiente para las mujeres o, por el contrario, ver si las madres demandan más ayuda.
- Aportar ideas para solventar los déficits que puedan aparecer.

4.- MATERIAL Y MÉTODO

Para conseguir el objetivo se ha diseñado un estudio experimental mediante la realización de un cuestionario de 12 ítems (*Ver Anexo 2*) donde se recogerán aspectos como:

- Los problemas físicos y mentales que haya tenido durante el embarazo y en el parto.
- Los antecedentes de problemas mentales, tanto de ellas como de familiares de primer grado.
- Si se ha sentido bien emocionalmente después del parto.
- Si se ha sentido bien informada y acompañada.
- Si ha recibido información sobre la depresión postparto, ha realizado el Test de Edimburgo o si le han preguntado acerca de posibles dificultades emocionales después del parto.
- Si le ha dado importancia a su salud mental una vez haya dado a luz, tanto ella como el profesional que le atiende.
- Y, por último, ver si le hubiese parecido gratificante una consulta de apoyo emocional.

El análisis de datos se llevó a cabo en etapas: primero se buscó información sobre la atención dada en el puerperio por las matronas, después se realizó un cuestionario para pasarle a las madres sobre la salud mental después del parto y estos resultados se metieron en una base de datos para ser analizados.

4.1.- TIPO DE ESTUDIO

Se realiza un estudio descriptivo, mediante un cuestionario retrospectivo sobre la atención psicológica recibida por las mujeres después del parto.

Para la realización de este estudio se solicitó a través de la ayuda de matronas y de conocidos la participación anónima y voluntaria de mujeres que hayan dado a luz en el último año en la provincia de Salamanca. A las cuales se les facilitó un cuestionario bien en papel o bien vía online con doce ítems sobre este tema. Los únicos datos que se pidieron fueron la fecha de parto y qué tipo de problemas físicos y mentales han tenido durante el embarazo (en caso de que existan).

4.2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se solicitó pasar el cuestionario a 50 mujeres de las cuales accedieron mediante consentimiento informado un total de 23 en la provincia de Salamanca, durante el período comprendido entre el 1 de febrero y el 20 de marzo del año 2020.

Se accedió a estas mujeres mediante referencias dadas por matronas de atención primaria y por gente cercana. Además, se hizo el mismo cuestionario de forma online para llegar a un público mayor, al cual respondieron 17 mujeres.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que hayan dado a luz en el último año.
- En la provincia de Salamanca.
- Mujeres mayores de edad.

Criterios de exclusión:

- Mujeres sin capacidad intelectual para comprender la encuesta.
- Partos múltiples (gemelos, mellizos, trillizos, etc.).
- Menores de edad.

4.3.- VARIABLE PRINCIPAL

No existe ningún cuestionario validado que mida un aspecto general de satisfacción en cuanto a atención mental después del parto, por ese motivo, hemos diseñado uno como alternativa para obtener la información deseada. Los criterios para su creación han sido los siguientes:

- *Adecuada factibilidad:* puede ser comprendida fácilmente por los encuestados (se ha pasado a un grupo piloto de 10 personas y tras realizar algunos cambios de redacción sobre la versión inicial, lo comprendieron adecuadamente).
- *Sencillez, corta duración, no mide* ítems repetidos ni es intrusiva en la intimidad.

Los **ítems** empleados han sido los siguientes:

1. Conocer si ha tenido algún problema físico durante el embarazo o el parto como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, desprendimiento de placenta, alteraciones genéticas del bebé... y medir su intensidad.
2. Comprobar si ha tenido algún problema de salud mental durante el embarazo

como: ansiedad, depresión, fobias, estrés laboral... y medir su intensidad.

3. Saber si ha tenido antecedentes de salud mental.
4. Analizar si alguno de sus familiares de primer grado ha tenido antecedentes de salud mental.
5. Conocer si los primeros días después del parto se ha sentido bien emocionalmente.
6. Comprobar si se ha sentido bien informada, acompañada y protegida después del parto.
7. Saber si su matrona le ha hablado sobre la depresión posparto.
8. Conocer si ha realizado alguna prueba para la medida de la afectación emocional en la consulta de atención primaria, bien sea el de Edimburgo u algún otro sobre problemas psicológicos.
9. Analizar si el personal sanitario le ha preguntado acerca de posibles dificultades en aspectos emocionales y afectivos.
10. Saber si le ha dado importancia a su salud mental después del parto.
11. Analizar si cree que su matrona le ha dado importancia a su salud mental después del parto.
12. Saber si hubiese sido gratificante para ella una consulta para recibir apoyo emocional.

4.4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cualitativas son descritas mediante frecuencias y porcentajes. Las pruebas de significación utilizadas entre dos variables cualitativas fueron el test Ji-cuadrado y, en el caso de tablas 2x2, el test exacto de Fisher. Estas pruebas permiten contrastar si la relación observada entre ambas variables puede deberse simplemente al azar. Dado que en este tipo de pruebas influyen otros parámetros como el tamaño de la muestra (en este caso, $n=40$) se acompañan los resultados con una medida de asociación que exprese la magnitud de la relación entre variables. En el caso de muestras pequeñas, los bajos tamaños muestrales pueden provocar que una relación importante pueda no ser estadísticamente significativa. Por ello, para valorar la magnitud de la asociación entre las variables cualitativas consideradas en los siguientes puntos, se utilizó el coeficiente Gamma de asociación, dada la naturaleza ordinal de las variables. El análisis de los datos se lleva a cabo utilizando el

programa IBM SPSS StatisticalPackage, Versión 23.0. Se supone un nivel de significación del 5% para todos los contrastes realizados.

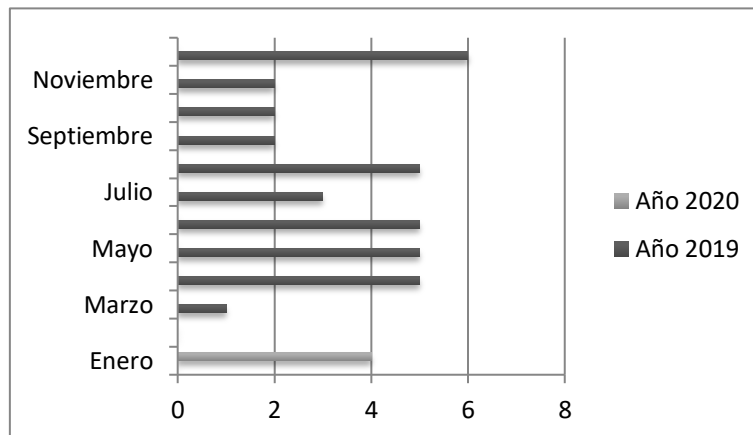
5.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se muestran los datos demográficos junto a los resultados del estudio, para obtener las conclusiones se agruparon preguntas que podían tener una posible relación viendo los datos obtenidos en las encuestas. Por lo tanto, el estudio se muestra a través de posibles relaciones entre preguntas.

5.1.- DATOS DEMOGRÁFICOS

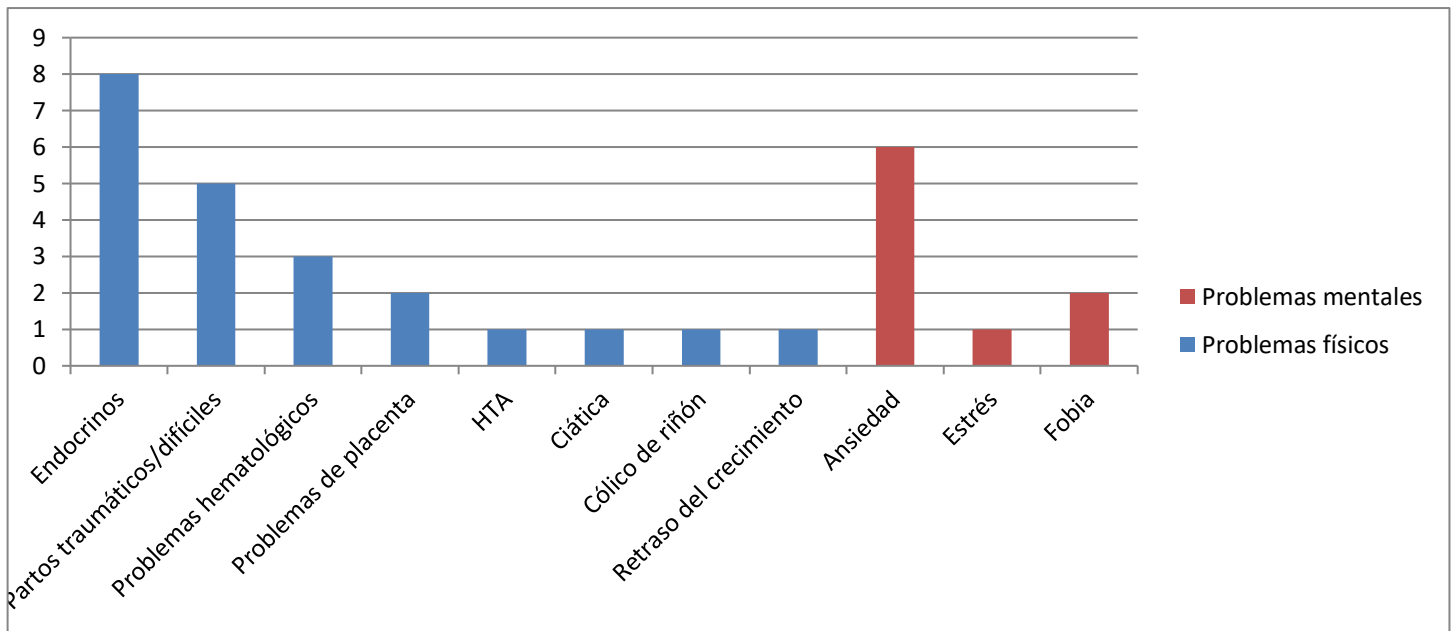
El único dato que se pidió a las madres fue la fecha de parto para confirmar que habían dado a luz en el último año.

Gráfico 1: Fechas de parto



Las mujeres que tuvieron problemas durante el embarazo (ya sean mentales o físicos) lo especificaron. En cuanto a problemas físicos los más abundantes fueron endocrinos (diabetes y tiroides) y en cuanto a problemas mentales el más prevalente fue la ansiedad.

Gráfico 2: Problemas de salud durante el embarazo



5.2.- RESULTADOS DEL ESTUDIO

El siguiente análisis se establece en base a las preguntas del cuestionario, para identificarlas aparecerá la letra P (pregunta) seguida del número de la pregunta, en el *Anexo 2* aparecen todas las preguntas.

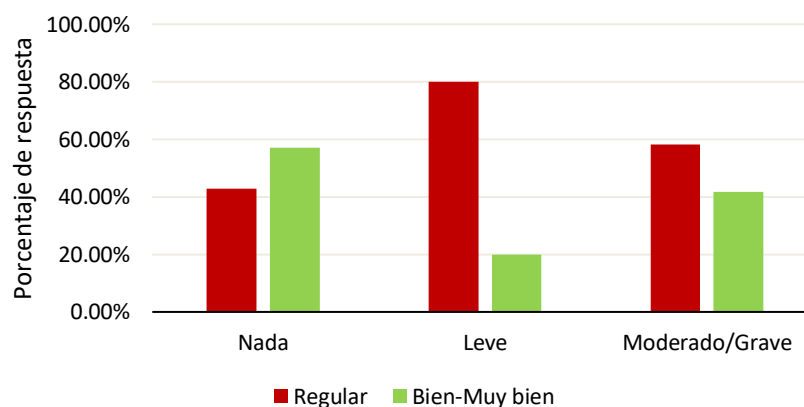
5.2.1.- Primera relación: *¿Influye tener problemas físicos en sentirse peor después del parto?*

La tabla de contingencia presenta varias casillas con frecuencia esperada inferior a 5. En estas condiciones, los resultados del contraste Chi-cuadrado (en los que se observa una relación no significativa, $X^2=13.155$; $p\text{-valor}=0.156>0.05$) no son fiables.

Para resolver este problema se agrupan las clases “Moderado” y “Grave” de la pregunta 1, y las categorías “Bien” y “Muy bien” de la pregunta 5. Para ello, las preguntas 1 y 5 han sido recodificadas manteniendo todos los valores iguales, excepto los correspondientes a las categorías mencionadas, a las que se les asigna un único valor. En la misma línea, no han sido considerados los casos que respondieron “Nada” a la pregunta 5, puesto que es una categoría con una frecuencia muy baja (2 casos). Repitiendo en estas condiciones el análisis se obtiene: **tabla 2 (Ver anexo 3)**.

A pesar de que esta relación resulta ser no significativa ($X^2=2.463$, $p=0.292>0.05$), el coeficiente de asociación gamma fue de -0,305, lo que evidenciaba una relación (aunque débil) inversa entre ambas variables. **A nivel descriptivo se observa cómo el porcentaje de mujeres que no tuvieron ningún problema físico durante el parto, mayoritariamente se sintieron bien emocionalmente tras él.**

Gráfico 3: Problemas físicos / sentirse mal después del parto



5.2.2.- Segunda relación: *¿Si tienes problemas mentales es más probable que te sientes mal después del parto?*

De manera similar a lo que ocurría en el caso anterior, existe un alto porcentaje de casillas con recuentos menores a 5 (75%). Se agrupan algunas categorías de las variables para tratar de paliar esta desventaja. Los dos casos de mujeres que respondieron “nada” a la pregunta 5, no fueron tenidas en cuenta para el cálculo de la significación. Se unificaron las respuestas “regular/mucho” en la pregunta 2. Sin embargo, no se observa ninguna asociación entre las dos variables (p -valor no significativo ($0,773>0.05$) y coeficiente de asociación Gamma 0,033).

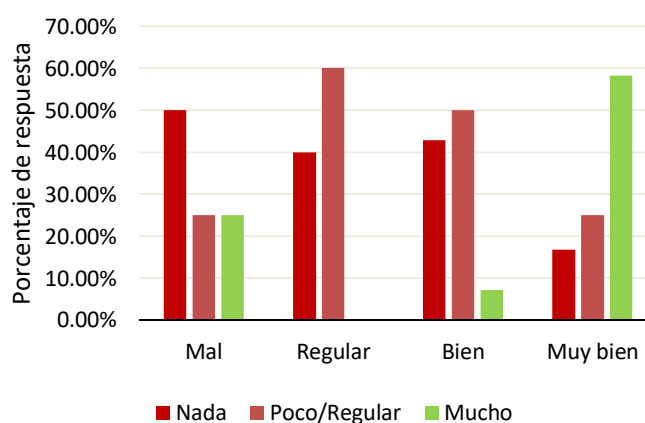
5.2.3.- Tercera relación: *¿Existe conexión entre sentirse bien informada y acompañada y las consultas puerperales?*

En este apartado se estudia la asociación entre si las mujeres se han sentido bien informadas/acompañadas/protegidas frente a la información recibida por su matrona

de la depresión postparto, si han realizado algún tipo de cuestionario sobre depresión y frente al cuidado emocional y afectivo recibido por los profesionales sanitarios tras dar a luz. Se han agrupado algunas categorías de respuesta para evitar un gran número de recuentos bajos siempre que el sentido del estudio apoyaba dicha unificación.

- En cuanto a la posible relación entre si las mujeres se han sentido bien arropadas después del parto (pregunta 6) y la información recibida por parte de su matrona (pregunta 7), el test Ji-Cuadrado reporta una asociación significativa entre ambas variables ($X^2=14,363$; $p=0,026<0,05$). El valor del coeficiente Gamma de asociación resultó positivo (relación directa: **cuanto más información recibían de la matrona, mejor se sentían las mujeres después del parto**) y evidenció una relación media considerable entre ambas variables (Gamma=0,454) (**Ver Anexo 4**).

Gráfico 4: *Relación entre sentirse bien arropadas y la información recibida después del parto*



- En cuanto a la posible significación en la asociación entre el sentimiento positivo de información de las embarazadas y la realización de cuestionarios de depresión/problemas de salud mental tras el parto, esta no se pudo analizar dado que tan solo una mujer respondió “Mucho” en la pregunta 8. **Las mujeres del estudio no realizaron ninguna prueba de depresión o similar tras el parto en sus consultas de atención primaria.**
- En cuanto al estudio de la relación entre el sentimiento positivo de información de las embarazadas y el cuidado emocional/afectivo recibido por

los profesionales sanitarios tras dar a luz se observa una **relación altamente significativa** ($X^2=17,931$; $p=0,006$). Una posible limitación a tener en cuenta en este punto es la baja frecuencia de casos en algunas de las casillas, pero se ha considerado que la unificación de dichas respuestas no tenía sentido teniendo en cuenta el objetivo de este punto.

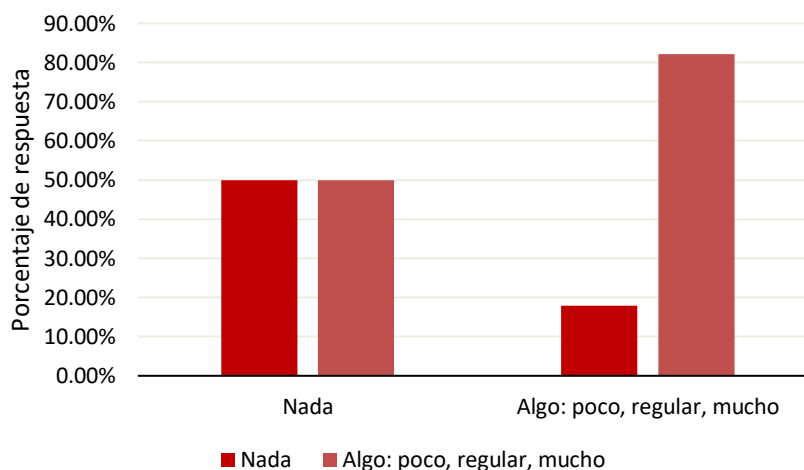
Además, se observa una relación, aunque débil, directa ($\gamma=0,215$), que indica que hay **aquellas mujeres que mejor se han sentido informadas y acompañadas después del parto son las que más apoyo han sentido de los profesionales sanitarios acerca de posibles dificultades en aspectos emocionales y afectivos después de dar a luz**. (*Ver Anexo 5*).

5.2.4.- Cuarta relación: ¿Hay correspondencia entre la importancia dada a la salud mental por las madres y la dada por las matronas?

Se han agrupado ciertas categorías siguiendo la línea de lo mencionado anteriormente (baja frecuencia). No se han encontrado evidencias estadísticamente significativas que permitan asegurar una asociación significativa entre ambas variables ($X^2=6,729$, $p=0,151$). El coeficiente Gamma (0,218), aunque positivo, resulta bajo (indicador de una relación débil). Sin embargo, a nivel descriptivo si puede observarse una asociación entre ambas variables. Puede observarse que de entre las mujeres que no dieron importancia a su salud mental, el 50% sintieron que la matrona no daba nada de importancia a su salud mental, mientras que el 81,8% de las mujeres que daban mucha importancia a su salud mental pensaba que su matrona daba importancia a su salud mental (el 63,6% poco/regular y el 18,2% mucha). **Puede observarse que las mujeres que daban al menos algo de importancia a su salud mental, habían recibido información, en mayor o menor medida, por parte de sus matronas.**

Si se agrupan las categorías “Poco, Regular y Mucho” en la categoría “Algo” (haber recibido al menos algo de información) en ambos ítems permiten **observar una relación significativa entre ambas variables** ($X^2=4,353$, $p=0,037$, $\gamma=0,643$) (*Ver Anexo 6*).

Gráfico 5: *Importancia dada a la salud mental por las madres y por las matronas*



6.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

- El 51'1% de las mujeres que no tuvieron ningún problema físico durante el parto se sintieron bien tras dar a luz, frente al 41'7% de mujeres con problemas físicos moderado/graves durante el embarazo.

- Prácticamente el 60% de las mujeres que aseguran sentirse muy bien respecto a la información/apoyo recibido tras el parto, recibieron mucha información por parte de su matrona y el 25% de ellas recibieron también información, aunque en menor cantidad. Tan solo el 17% aseguraron no haber recibido información.

En cambio, el 50%, el 40% y el 43% de las mujeres que se sintieron mal acompañadas, poco o regular respectivamente, no habían recibido ninguna de información de sus matronas.

Se puede concluir, por tanto, que cuanto más información reciben las mujeres por parte de sus matronas, mejor informadas, acompañadas y protegidas se sienten.

- El 55% de las mujeres se sentía mal o regular emocionalmente después del parto.
- Tan solo una mujer del grupo total realizó algún cuestionario sobre depresión

o problemas de salud mental tras el parto. Podemos concluir que no se han realizado test de detección precoz en estas mujeres.

- El 41'7% de mujeres que se sintió muy bien tras el parto, recibió mucho apoyo de los profesionales sanitarios, mientras que entre las mujeres que se encontraban mal el 50% no recibió ningún apoyo y el otro 50% recibió poco. De las mujeres que se encontraban regular, el 80% aseguraba no haber recibido nada de apoyo.

Cabe destacar que ninguna mujer de las que se sintieron mal, regular o bien informadas/acompañadas/protegidas recibió mucho apoyo emocional/afectivo de los profesionales sanitarios.

Las mujeres que peor se sintieron después del parto son las que recibieron menos apoyo por parte de sus matronas y las que mejor se sintieron son las que recibieron más apoyo.

- El 85% de los profesionales sanitarios apenas preguntó acerca de posibles dificultades en aspectos emocionales y afectivos después de dar a luz. Se aprecia un claro déficit de interés, según las madres, por parte del profesional sanitario sobre el aspecto emocional en las mujeres del estudio.

- De entre las que no dieron importancia a su salud mental, el 50% refirió que la matrona no daba importancia a su salud mental. El 81'8% de las que le daban mucha importancia pensó que su matrona daba poco/regular importancia a su salud mental (63'6%) y el 18'2% mucha.

Las mujeres suelen dar más importancia a su salud mental si ven que su matrona se la da y, por el contrario, suelen darle menos importancia si ven que su matrona no se la da.

- El 57'5% de las mujeres le han dado poca o nada importancia a su salud mental después del parto. Incluso si no se sentían bien emocionalmente seguían sin considerarlo relevante. Esto lleva a plantear varias preguntas:
 - ¿No le dan la importancia que merece porque nadie les ha dicho que es importante?
 - ¿Lo consideran algo inherente tras el parto y tienen que sobrellevarlo?

- ¿Sigue siendo la salud mental un tema tabú en la actualidad?
 - ¿O es que simplemente no consideran que tenga ninguna importancia?
- El 87'5% de las mujeres consideran que habría sido gratificante y conveniente haber recibido una consulta de apoyo emocional.

6.1.- PROPUESTAS

En la última conclusión aparece que el 87'5% de las mujeres considera que una **consulta de apoyo emocional** habría sido muy o regularmente conveniente y gratificante. Además, como se ha dicho anteriormente, no se ha pasado ninguna prueba de detección precoz de problemas mentales y el 85% ha afirmado que sus respectivos profesionales sanitarios han preguntado poco o nada acerca de sus aspectos emocionales.

Es por todo esto, que parece conveniente realizar una evaluación extra en todas aquellas mujeres que hayan dado a luz (siempre y cuando ellas quieran) centrada en la parte emocional. Las madres podrían hablar abiertamente sobre sus incertidumbres, inseguridades, miedos o de cualquier cosa que les preocupe. Los profesionales sanitarios podrían guiarlas, ayudarlas y resolver conjuntamente estos problemas. Las mujeres sentirían más apoyo e interés por parte de sus matronas previniendo futuros problemas mentales o al menos detectarlos antes.

Como el gran problema de los profesionales sanitarios de atención primaria es la falta de tiempo, estas consultas podrían ser en formato de grupos de 6-10 madres aproximadamente, ya que, puede ser bueno para ellas ver que no son las únicas interesadas en esos problemas y así sentirse más comprendidas y arropadas. Por otro lado, las dudas o miedos de alguna pueden ser los mismos que tienen otras, por lo tanto, podemos resolverlos conjuntamente. Es posible que de esta forma sea más viable introducir una consulta extra.

Como conclusión final del estudio, las madres se han sentido desamparadas emocionalmente después del parto y creo que la propuesta podría contribuir a solventar este problema.

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Alcolea Flores S, Mohamed Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo: consejos de su matrona. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional; 2011. 9-10 p.
2. Académico, Curso. Apuntes y notas de enfermería materno infantil [Internet]. 2008 [citado 28 de enero de 2020] p. 120. Disponible en: https://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/apuntes__puerperio.pdf
3. Puerperio fisiológico o cuarentena [Internet]. Sanitas. [citado 13 de marzo de 2020]. Disponible en: [//www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/posparto/sin012072wr.html](http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/posparto/sin012072wr.html)
4. M. Avellaned Giménez, S. Lupión González, R. Fernández Amores. Asistencia a la puerpera en su estancia hospitalaria. [citado el 13 de marzo de 2020] 2018;7. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol1n1pag14-20.pdf>
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad DñaJMV L y DLRD. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obsetétrico Ginecológica (Matrona) [Internet]. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Vol. 3. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 1349. 438 p. Disponible: http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_EIR_vol_3.pdf
6. Hidalgo M. Importancia de la matrona en el puerperio - Embarazo [Internet]. [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/embarazo/control-prenatal/la-importancia-de-la-matrona-en-el-puerperio>
7. Dois A. Actualizaciones en depresión posparto. 30 de junio de 2012;4:576-86.
8. Irma Rojas, Natala Dembowski, Dra Francesca Borghero, Mat. Miriam

González. Protocolo de manejo de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento [Internet]. Minsal; 2014 [citado 3 de enero de 2020].

Disponible en:

<https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>

9. Tizón García JL, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *enero de 2016*;3:124.
10. González-Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 7º. Elsevier; 2018. 752 p.
11. Quintero J, Pérez-Templado J, Mora F. Guía clínica de Diagnóstico y manejo del trastorno por estrés postraumático [Internet]. 2015 [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diagnostico-manejo-trastorno-por-estres-postraumatico/>
12. Echeburúa E, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello FP, Muñoz JM. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Ter Psicológica*. julio de 2016;34(2):111-28.
13. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Pública*. 10 de julio de 2018;42:e97.
14. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Humana*. enero de 2013;27(3):185-93.
15. Moreno Mojica C, Rincón Villa T, Arenas YM, Sierra Medina D, Cano ÁP, Cárdenas DL. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. 2014;5(2):739-47.
16. Chávez-Courtois M, Hernández-Maldonado A, Arce-Zacarías E, Bolaños-Delfín I, González-Pacheco I, Lartigue-Becerra T. Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos

factores sociales. 2008;22(4):270-8.

8.- ANEXO

8.1.- ANEXO I: TEST DE EDIMBURGO

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| 1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada | 6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada | 7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca | 8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia | 9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca |
| 5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca | 10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca |

8.2.- ANEXO II: CUESTIONARIO

El objetivo de esta encuesta es conocer la atención psicológica y emocional recibida de las matronas o del personal sanitario en el periodo de un año tras el parto, con la finalidad de realizar un estudio sobre este aspecto para un trabajo de fin de grado de la Escuela de Enfermería. Los datos serán recopilados en una base de datos para su análisis estadístico de forma completamente anónima.

El único dato necesario es la Fecha de Parto:

Muchas gracias por su participación.

1.- ¿Has tenido algún problema físico durante el embarazo? (Hipertensión arterial, diabetes gestacional, parto traumático, alguna alteración genética del bebé...) <u>Especifica por favor a continuación (uno o varios) y puntúa la intensidad de cada uno de ellos:</u>	Grave	Moderado	Leve	Nada
2.- ¿Has tenido algún problema de salud mental durante el embarazo (ansiedad, depresión, fobias, estrés laboral intenso, etc? Especifica por favor a continuación (uno o varios) y puntúa la intensidad de cada uno de ellos:	Mucho	Regular	Poco	Nada
3.- ¿Presentas antecedentes de problemas de salud mental previos?	Mucho	Regular	Poco	Nada
4.- ¿Existen antecedentes de problemas de salud mental en algún familiar de primer grado?	Mucho	Regular	Poco	Nada
5.- En los primeros días después del parto, ¿te sentías bien emocionalmente?	Muy bien	Bien	Regular	Nada

6.- ¿Te has sentido bien informada, acompañada y protegida después del parto?	Muy bien	Bien	Regular	Mal
7.- ¿Te ha hablado tu matrona sobre la depresión posparto?	Mucho	Regular	Poco	Nada
8.- Durante la consulta de atención primaria (centro de salud) ¿has realizado algún test sobre depresión o algún problema de salud mental tras el parto?	Mucho	Regular	Poco	Nada
9.- ¿Los profesionales sanitarios te han preguntado acerca de posibles dificultades en aspectos emocionales y afectivos después de dar a luz?	Mucho	Regular	Poco	Nada
10.- ¿Le has dado importancia a tu salud mental después del parto?	Mucho	Regular	Poco	Nada
11.- ¿Crees que tu matrona le ha dado importancia a tu salud mental después del parto?	Mucho	Regular	Poco	Nada
12.- ¿Crees que en algún momento después del parto hubiese sido conveniente y gratificante tener una consulta para recibir apoyo emocional?	Mucho	Regular	Poco	Nada

8.3.- *ANEXO 3.-Tabla 2: Problemas físicos / sentirse mal después del parto*

			P5_REC_P1		Total
			Regular	Bien-Muy bien	
P1_REC Nada	Recuento		9	12	21
	Recuento esperado		11,1	9,9	21,0
	% dentro de P1_REC		42,9%	57,1%	100,0%
	% dentro de P5_REC_P1		45,0%	66,7%	55,3%
Leve	Recuento		4	1	5
	Recuento esperado		2,6	2,4	5,0
	% dentro de P1_REC		80,0%	20,0%	100,0%
	% dentro de P5_REC_P1		20,0%	5,6%	13,2%
Moderado-Grave	Recuento		7	5	12
	Recuento esperado		6,3	5,7	12,0
	% dentro de P1_REC		58,3%	41,7%	100,0%
	% dentro de P5_REC_P1		35,0%	27,8%	31,6%
Total	Recuento		20	18	38
	Recuento esperado		20,0	18,0	38,0
	% dentro de P1_REC		52,6%	47,4%	100,0%
	% dentro de P5_REC_P1		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,463 ^a	2	,292
Razón de verosimilitud	2,587	2	,274
Asociación lineal por lineal	,948	1	,330
N de casos válidos	38		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,37.

8.4.- ANEXO 4.- Tabla 3: Relación entre sentirse informada, acompañada e información de la depresión

			P7REC			Total
			Nada	Poco/Regular	Mucho	
P6	Mal	Recuento	2	1	1	4
		% dentro de P6	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de P7REC	14,3%	5,9%	11,1%	10,0%
	Regular	Recuento	4	6	0	10
		% dentro de P6	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de P7REC	28,6%	35,3%	0,0%	25,0%
	Bien	Recuento	6	7	1	14
		% dentro de P6	42,9%	50,0%	7,1%	100,0%
		% dentro de P7REC	42,9%	41,2%	11,1%	35,0%
	Muy bien	Recuento	2	3	7	12
		% dentro de P6	16,7%	25,0%	58,3%	100,0%
		% dentro de P7REC	14,3%	17,6%	77,8%	30,0%
	Total	Recuento	14	17	9	40
		% dentro de P6	35,0%	42,5%	22,5%	100,0%
		% dentro de P7REC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,363 ^a	6	,026
Razón de verosimilitud	15,379	6	,018
Asociación lineal por lineal	4,073	1	,044
N de casos válidos	40		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,90.

Medidas simétricas

		Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por	Gamma	,454	,190	2,271	,023
ordinal					
N de casos válidos		40			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

8.5.- *ANEXO 5.- Tabla 4: Relación entre preguntas 6 y 9*

			P9REC			Total
			Nada	Poco/Regular	Mucho	
P6	Mal	Recuento	2	2	0	4
		% dentro de P6	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de P9REC	6,9%	33,3%	0,0%	10,0%
	Regular	Recuento	8	2	0	10
		% dentro de P6	80,0%	20,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de P9REC	27,6%	33,3%	0,0%	25,0%
	Bien	Recuento	12	2	0	14
		% dentro de P6	85,7%	14,3%	0,0%	100,0%
		% dentro de P9REC	41,4%	33,3%	0,0%	35,0%
	Muy bien	Recuento	7	0	5	12
		% dentro de P6	58,3%	0,0%	41,7%	100,0%
		% dentro de P9REC	24,1%	0,0%	100,0%	30,0%
Total	Recuento	29	6	5	40	
	% dentro de P6	72,5%	15,0%	12,5%	100,0%	
	% dentro de P9REC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,931 ^a	6	,006
Razón de verosimilitud	18,875	6	,004
Asociación lineal por lineal	1,633	1	,201
N de casos válidos	40		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

Medidas simétricas

		Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Gamma	,215	,269	,776	,438
N de casos válidos		40			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

8.6.- ANEXO 6.- **Tabla 5:** Relación entre importancia dada a la salud mental por las madres y por las matronas

			P11		Total
			Nada	Algo: poco, regular, mucho	
P10 Nada	Recuento		6	6	12
	% dentro de P10_FINAL		50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de P11_FINAL		54,5%	20,7%	30,0%
Algo: poco, regular, mucho	Recuento		5	23	28
	% dentro de P10_FINAL		17,9%	82,1%	100,0%
	% dentro de P11_FINAL		45,5%	79,3%	70,0%
Total	Recuento		11	29	40
	% dentro de P10_FINAL		27,5%	72,5%	100,0%
	% dentro de P11_FINAL		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,729 ^a	4	,151
Razón de verosimilitud	6,862	4	,143
Asociación lineal por lineal	,811	1	,368
N de casos válidos	40		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,92.

Medidas simétricas

		Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Gamma	,218	,244	,887	,375
N de casos válidos		40			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.